

Nº. 636

tesis  
SIS

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL

UNA EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL EN UN HOSPITAL SIQUIATRICO



SUPERVISORES:

USAL

Año 1985

Lic. María Elena Martino  
de Etcheverry

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

Lic. Juan Lumermann

María Mercedes Vita

## INDICE

Introducción	1
CAPITULO I	
<u>MARCO TEORICO</u>	
Introducción	3
1. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL	
1.1- Concepto de salud y enfermedad mental	4
1.2- Etiología de la enfermedad mental	8
1.3- Salud mental y clase social	9
1.4- Salud mental: fantasías y creencias	16
1.5- Clasificación de las enfermedades mentales	21
1.6- Marco jurídico de la enfermedad mental	30
2. LOS NIVELES DE LA PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL	
2.1- Nociones generales	33
2.2- Los niveles de prevención en salud mental	35
2.3- El trabajo social psiquiátrico en los diferentes niveles de prevención	39
3. LA ORGANIZACIÓN DE LA SALUD PÚBLICA	
3.1- Sistema de salud	45
3.2- Los modelos de organización de la salud pública	45
3.3- Salud mental hoy	50
4. ANALISIS SICOSOCIOLOGICO DE UN HOSPITAL PSIQUIATRICO	
4.1- Introducción	54
4.2- El marco físico	56
4.3- El organigrama	57
4.4- La institución	60
4.5- Los grupos	60
4.6- Conclusiones	65

5. INTRODUCCION AL TRABAJO SOCIAL SIQUIATRICO	
5.1- Principios y consideraciones generales	66
5.2- Aptitud del trabajador social siquiátrico	74
5.3- La participación del paciente en la institución	76
5.4- El trabajo social siquiátrico	80

## CAPITULO II

### INVESTIGACION DIAGNOSTICA

Introducción	97
NIVEL EXPLORATORIO	
Introducción	99
1. Nivel Institucional	103
2. Caracterización del área de trabajo	113
3. Contactos con profesionales del servicio	125
4. Lectura e interpretación de la documentación existente	134
5. Observaciones realizadas en el servicio	139
6. Prediagnóstico presuntivo	157
7. Prepronóstico presuntivo	159
8. Síntesis evaluativa	161

### NIVEL DESCRIPTIVO

Introducción	169
1. Formulación de los problemas a investigar	170
2. Investigación sistemática de las variables intervinientes	171
3. Prediagnóstico descriptivo	224

## CAPITULO III

<u>EVALUACION FINAL</u>	227
-------------------------	-----

## CAPITULO IV

### PROPUESTAS

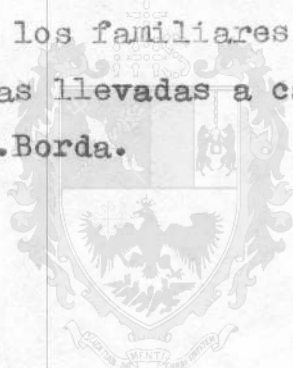
1. Propuestas del nivel individual familiar	231
2. Propuestas de investigación	232
3. Propuestas de acción	234

BIBLIOGRAFIA	235
--------------	-----

## CAPITULO V

### APENDICES

1. Entrevistas con las familias
2. Informe social utilizado en el hospital
3. Cuestionarios a los profesionales
4. Sondeo de opinión a los familiares
5. Jornadas siquiátricas llevadas a cabo en el Hospital Nacional José T. Borda.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

### Introducción:

Al comprobar que mi nombramiento como profesional rentado en el "Hospital Nacional José T. Borda", no era un hecho inmediato, me decidí a presentarme ante el S.S de dicho hospital, para solicitar se me permitiera realizar allí mi trabajo final. Fui nombrada como concurrente dos veces por semana (de 9 a 12 hs) frecuencia que se vió sujeta a modificaciones, según el curso que fue desarrollando la investigación.

Me asignaron al Servicio 15, cuya política de acción es de terapia breve y pronta externación.

Un servicio que no incluye al S.S en su organigrama, ya que antes de mi llegada, recibía la visita de la licenciada en S.S. a su cargo, cuando era llamada para realizar tramitaciones para los pacientes.

Y de esto se trata mi trabajo: de una experiencia de inserción de una AS en un servicio de atención y rehabilitación siquiátrica.

Un servicio de seis meses de vida, con mayoría de profesionales jóvenes (algunos recién incorporados) en un reciente proceso de integración y de replanteo metodológico y por lo tanto, axiológico.

Y una inserción de una AS determinada, que, como todos, tiene una concepción también determinada.

En toda investigación, hay un supuesto ideológico, una valoración previa del objeto de estudio, que es necesario dejar clara:

Al referirnos a las ciencias sociales, nos encontramos que nuestro objeto de estudio no es una realidad estática, sino hechos



únicos irrepetibles, y en los que el protagonista es un ser humano o un grupo, que actúa, piensa y siente en tanto que participa de su cultura y pertenece a un determinado tipo de sociedad y dentro de ella, a un determinado tipo de estrato social, y cuenta en su bagaje personal, con una historia.

Para poder comprender a ese hombre o a ese grupo, para llegar a entender porqué se comporta de una determinada manera, hay que saber como vió y vivió ese hecho, como pensó que tenía que enfrentarlo, que alternativas creyó tener ante sí y cuales fueron las oportunidades que se le presentaron.

Basada en este supuesto ideológico, mi sospecha inicial se crea al pensar que al trabajar con enfermos mentales y familias, muchos profesionales de salud mental, parten de formulaciones teóricas acerca de los aspectos subjetivos que generan las conductas de estas últimas.

El resultado es, a mi entender, que los juicios previos o prejuicios de los profesionales respecto de estas familias, no suelen ser sometidos a la prueba de confrontación directa de la realidad social de cada familia.

Un mayor conocimiento, un acercamiento más íntimo y profundo de cada familia, revelaría infinidad de matices e innumerables circunstancias sociales e históricas de cada familia, que la han llevado a su situación de disgregación familiar y conflicto.

Pero la estratificación de nuestra sociedad, la inadecuada interacción, no permite generalmente, el contacto directo entre el sector que vive el problema y quien lo trata o estudia.

Pienso así, que muchas veces, la exclusión o aislamiento de la familia en el tratamiento del paciente, está muy relacionada con

la propia exclusión que realiza el profesional de ciertos sectores de la sociedad, al no tener en cuenta sus valores, sus circunstancias socioculturales y sus modalidades de afecto y comunicación.

Tal es mi sospecha: se juzga a las familias cuando en realidad no se las conoce y que es peor, tampoco se conoce su opinión acerca del modo de participara en esta situación problema.

Y ante esta sospecha surgen los siguientes interrogantes:

Cúal es el rol de una AS con esta concepción?

Cúal es el rol, cuando se pretende confrontar las formulaciones o supuestos de sicólogos o siquiátras u otro miembro de un equipo de salud mental con la realidad sociocultural y la propia historia de cada familia?

Cúal es el rol, cuando se intenta desterrar estereotipos tales como el del S.S como "gestor" de tramitaciones de los pacientes y sus familiares, o como el "inspector" de familias que no concurren a determinadas propuestas que le ofrece un servicio siquiátrico?

No se debe esperar de este trabajo de investigación, que cada aspecto o problema a estudiar, nos brinde todas las respuestas, pero sí que colabore en el tema de la inserción del S.S en un servicio determinado.

Por lo tanto, nuestro OBJETO DE ESTUDIO, serán las situaciones problemas que obstaculizan el proceso de integración del servicio y una adecuada participación de la familia, conforme a sus necesidades y expectativas.

Nuestro SUJETO DE ESTUDIO, el equipo de trabajo como proceso de

integración y la respuesta de participación que esperan y obtienen de las familias.

Y finalmente, nuestro OBJETIVO DE ESTUDIO, la inserción del S.S en la búsqueda de un rol que le permita intervenir y colaborar en la resolución de las situaciones problema, que, como conjunto de variables, obstaculizan el logro de los objetivos propuestos en nuestra área de trabajo.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR



CAPITULO I



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

### Introducción:

Confeccionamos este marco teórico con la intención que nos orientara hacia la búsqueda de lo relevante, sabiendo que la teoría debe ser la que nos alerte sobre los conceptos sensibilizadores, sobre la posible importancia de un conjunto de variables.

Sabíamos que tendría que haber en él: un conjunto de conocimientos generales, y un conjunto de conocimientos específicos, en relación a los problemas o situaciones que se nos iban presentando. De esta manera, cumplimos con la premisa metodológica de la interrelación de la teoría y la práctica.

Es así, que nuestro marco teórico, se presenta anticipando un modelo ideal, (una fase del desarrollo que la práctica aún no ha alcanzado) pero la selección de muchos de sus temas, dependen de los primeros momentos de la práctica.

Comprobamos, por último, que salvo muy pocos temas, los restantes no pueden dividirse en conceptos generales y específicos. La intención de nuestro trabajo, fue la de convertir en específico todo tema de los más adelante desarrollados, para que sea posible su instrumentación metodológica.

## 1. SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL

### 1.1. CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL:

Son conocidas las dificultades que suscita la definición de salud mental; es inevitable que tal definición esté impregnada de juicios de valor y creemos que este hecho debe ser asumido.

Podríamos agrupar las definiciones implícitas o explícitas de salud mental en dos grandes grupos: un primer grupo restringido sería el de aquellas definiciones en las que se considera enfermo sólo al individuo que sucumbe y requiere asistencia psiquiátrica, o bien aquél que presenta notorias dificultades de adaptación a la sociedad en que vive. Desde este punto de vista, el individuo sano sería el que funciona en forma más o menos adecuada a las expectativas de una sociedad o de un sector de ella. Corremos aquí el peligro de incluirnos en una perspectiva conformista y no tener en cuenta los aspectos enfermos de una sociedad a los cuales el individuo puede estar correctamente adaptado. Desde este encuadre, la salud mental puede fácilmente confundirse con formas patológicas que la sociedad gratifica.

Otro nivel de definición supone referir la salud mental a determinada idea del hombre.

La idea de hombre sano estaría en relación con la posibilidad de desarrollar plenamente sus potencialidades, de ser racional y coherente en sus relaciones con el mundo, consigo mismo y con sus semejantes, de ser capaz de comunicarse, de crear, de amar. En este plano, el problema de la salud mental se vincula con el problema de la libertad y la responsabilidad. Este tipo de aproximación introduce en el campo de la psiquiatría social a aquellos individuos cuya irracionalidad está condicionada por

el medio, aún cuando sea funcional con respecto al sistema social.

Desde esta perspectiva no es difícil concebir como "sano" en nuestra sociedad al hombre conservador, pasivo, sometido, que teme a cambios reales o bien al hombre cuyas potencias vitales están dedicadas a la búsqueda de objetivos que aunque enfatizados por la cultura (como el dinero o el prestigio) son alienados de sí mismo.

En una sociedad cambiante hasta la definición de salud mental ha cambiado. Ahora debemos definir la salud mental de un modo positivo, no sólo como ausencia de enfermedad mental, ni únicamente en términos de personalidad individual o de ambigüedades tales como "madurez, armonía y felicidad". Freud mismo ofrece una medulosa definición de salud mental "amar y trabajar", pero nos preguntamos, es qué alguien puede amar y trabajar solo? Consideramos acertada y clara la definición de Natalio Kisnerman (1) "entendemos salud mental como la actitud de asumir, elaborar y arbitrar alternativas de solución frente a situaciones problemáticas que crean tensiones y que la enfermedad mental, salvo en el caso de las etiológicamente generadas por lesiones orgánicas, es una reacción de defensa en sentido de reemplazo y compensación, al par de abolir las funciones de la conciencia". Pero coincidimos con Rosa Maria Becerra (2), al referir "La salud es un proceso equilibrado de interacción individuo-medio, es obligatorio y necesario considerarla desde ambas pers-

(1) KISNERMAN, Natalio: Salud Pública y Trabajo Social. Pág.84 Edit. Humanitas. Año 1983.

(2) BECERRA, R.Maria. Elementos básicos para el trabajo social psiquiátrico", pág.15-16, Ed. ECRO año 1977.



pectivas en cualquier punto del continuo en que se quiera conocerla y medirla".

Los criterios para enfermedad y salud mental vemos que no pueden restringirse solo al individuo sino que deben abarcarlo dentro del grupo porque los males del individuo, la familia y la sociedad, forman un continuo. Parte de enfermedad y partes de salud pueden co-existir en proporciones variables en una misma persona, debemos considerar la salud mental en términos de proceso de equilibrio y adaptación.

Generalmente cuando se elabora un diagnóstico referido a una enfermedad mental, se hace en base a los síntomas desde el punto de vista clínico, reflejando poco de la "organización total de la personalidad". Actualmente se sabe que el mismo síntoma puede tener diferentes efectos en una misma persona en distintos momentos o etapas de su vida.

El problema es, entonces, tanto la forma del síntoma como el modo en que la capacidad integradora del individuo maneja el conflicto central y la manera en que sus relaciones familiares afectan este resultado. Debido a esta sutileza, dos personas que tienen el mismo síntoma patológico hacen distintas respuestas (sana o enferma). No es, pues, la naturaleza del conflicto sino los recursos totales que tengan para enfrentarlo, elaborarlo o manejarlo y también el carácter patológico del grupo familiar del que forma parte, lo que debemos tener en cuenta para evaluar el grado de salud o enfermedad de los individuos o grupos".

Ackerman (1) sintetiza estos conceptos, examinando la enfermedad en tres niveles:

(1) ACKERMAN, N. "Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares" Ed. Horne, pág. 97 año 1977

- 1) Lo que está pasando psíquicamente en una persona.
- 2) Lo que sucede entre esta persona y su ambiente humano.
- 3) Lo que está perturbado en el proceso social del mismo ambiente.

Concluyendo, creemos que, tal como lo entiende el Comité de Expertos en Higiene mental de la OMS (1) la salud mental no es una condición estática "implica la capacidad del individuo para establecer relaciones armónicas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social, o de contribuir en ello de un modo constructivo"



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR

(1) FOLLETOS DE OMS, extraídos del cuadernillo de "Psiquiatría Social", pág. 7, Ed. Centro Editor de América Latina, Año 1967.

## 1.2 ETIOLOGIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL.

Se trata de un campo polémico, y en lo cual influye sobremanera las diferentes corrientes que se ocupan del tema, y con ellas las distintas concepciones que existen:

- a) Organicista: agotamiento o lesiones en las células nerviosas.
- b) Psicologista: la enfermedad mental se origina en desajustes individuales del comportamiento.
- c) Sociologista: se origina en el conflicto con las normas sociales imperantes.
- d) Psicosocial: es producto de deficientes relaciones sociales.

Es muy importante dejar claro este concepto de la causalidad de la enfermedad mental, ya que de la interpretación que hagamos de la misma, dependerá la concepción con la que guiaremos nuestro espíritu científico. Creemos, y lo hemos visto empíricamente, que no hay unicausalidad en la enfermedad mental, la etiología es multidimensional, nada ganaremos parcializando al ser humano: un hombre es un poco su cuerpo, su sociedad, su sique y su familia.

Lo que sí es importante dejar claro, que en cada caso, se ve mayor incidencia de algunas de las variables que hemos establecido. De todas maneras, cada enfermo mental plantea un interrogante que debe ser contestado.

Pensamos, por lo tanto, que el único enfoque razonable en el estudio de la etiología de las alteraciones mentales es el examen de toda la experiencia vital del individuo, tomando en cuenta factores genéticos, fisiológicos, interpersonales y culturales.

### 1.3 SALUD MENTAL Y CLASE SOCIAL:

Entre los muchos mitos que encubre el problema de la pobreza se cuenta la idea de que, de alguna manera, los pobres no sufren como los ricos.

Pues se trata de un mito. No existe ninguna diferencia fundamental entre los países ricos y pobres en cuanto a la clase, la gravedad y la incidencia de las enfermedades mentales. Según la OMS (1) se calcula que hay 40 millones de personas que padecen enfermedades mentales graves y no tratadas en el actual mundo de vías de desarrollo. En Argentina, se habla de un 25% que necesita atención psicológica (2).

Siguiendo con el informe de la OMS: "Es bien sabido y está ampliamente aceptado que los pueblos del Tercer Mundo deben soportar dolencias y sufrimientos que serían fácilmente aliviados de vivir en el mundo rico. Pero es mucho menos conocido este agudo contraste en lo relativo a enfermedades mentales. El enfermo mental típico atraviesa una serie de cribas económicas, comenzando por el curandero local, pasando a los médicos y hospitales locales y llegando, por último, bien a los grandes hospitales docentes o bien a la clínica mental. Muchos se quedan en el camino, pues las familias deben decidir con realismo sobre cómo gastar los limitados ingresos.

Aunque la pobreza no ocasiona de por sí enfermedades mentales, indudablemente las empeora. Es sabido que la tensión precipita las enfermedades emocionales, y las masas rurales del Tercer Mundo, sometidas a frecuentes privaciones, inundaciones, hambrunas, emigraciones forzosas y crecientes expectativas que no co-

(1) "Año Internacional del Discapacitado" ACIR.COR. 1981.

(2) Ministro de Salud Pública. Año 1984.

rresponden con el aumento de los ingresos, parecen estar sometidas a una gran presión emocional.

No obstante, muy poco es lo que se sabe sobre sus sentimientos y reacciones.

Vayamos ahora a las familias argentinas con pacientes internados en nuestros hospitales: Cuando estudiamos la variable de participación en la institución o de actitud frente al familiar internado, no podemos dejar de tener en cuenta, a su vez, la variable ingreso-egreso, ya que para un gran número de familias, el costearse hasta el hospital para responder a las citaciones de entrevista social, terapia familiar, asambleas multifamiliares, retirar a su familiar internado para irse de permiso, etc. representa un costo muy alto, cuando no tiene que dejar, para todo aquello de concurrir al trabajo. No olvidemos otra variable: la lejanía o distancia que se encuentran del hospital, ya que en nuestro caso, éste recibe de todas partes de la provincia y del país.

Pero hay aún, un factor tan o más importante que aquel, el círculo vicioso que genera la pobreza en relación a la enfermedad mental, y que termina en muchos casos, con la actitud de rechazo a la sicoterapia individual o familiar. Cuando peligran las necesidades básicas del individuo y la desorganización de las relaciones familiares ha llegado al extremo nos encontramos con aquellas personas, que algunos profesionales del área de salud pueden llamar personas no cooperativas o intratables, en un juicio muy apresurado.

El Dr. Ackerman (1) lo explica muy bien:

"En estas familias social y económicamente mutiladas, la situación

(1) ACKERMAN, Nathan, ob.cit. página 135.



humana es grave y requiere medidas de emergencia. Hay peligro real no sólo un peligro neuróticamente imaginado; y el peligro se comparte. Es muy natural que los miembros de tales familias se resistan a la sicoterapia. Se sienten compelidos a movilizar sus energías para neutralizar las amenazas reales de su ambiente antes de que puedan pensar en ocuparse de sus conflictos emocionales internos. El alimento y el abrigo vienen antes que la sicoterapia. Para una familia tan desafortunada hay que dar prioridad a la ayuda de emergencia, hacer un esfuerzo total para salvar la vida de la familia a través de la terapia social, para neutralizar las amenazas reales de seguridad, integridad y continuidad. Primero viene el apoyo y refuerzo de todas las funciones familiares malogradas, alimento, alojamiento, y oportunidad de trabajo, el restablecimiento de las relaciones centrales dentro de la familia, especialmente de los vínculos entre marido y mujer, padre y madre, padre e hijo. En algunos casos, si no se ayuda en el alojamiento, empleo, cuidado de los enfermos, etc., la recuperación de la unidad familiar no puede establecerse ni siquiera en mínima medida. Cuando se restablece cierta apariencia de integridad social para el grupo familiar y la familia vuelve a ser "una empresa en marcha", se hace posible entonces lograr acceso a niveles significativos de conflicto familiar y a los trastornos internalizados en las personalidades de los miembros individuales". Pero se plantea un interrogante más, la sicoterapia y los esquemas nosológicos habituales de siquiátras y sicólogos, son operantes para cualquier clase social. Sabemos que lo son y han resultado eficaces (con todas sus variantes) para la clase alta y media, e incluso, puede verse en la actualidad un cierto manejo de vocabulario psicológico entre los que

componen estas clases, tales como "estoy deprimido", o bien "aquella es una neurótica", etc., sin siquiera haber tenido estudio sobre el tema o haber recibido experiencia terapéutica. Es indudable que, más allá de los prejuicios y la negación que puedan tener estas clases frente a una sicoterapia, la han aceptado como realidad.

Sin entrar en una cuestión de criterio para definir una clase social, consideramos clase social baja, en términos de ocupación, vivienda y educación, y tomaremos una experiencia realizada en una villa de emergencia de esta provincia, con un equipo de profesionales que trabajó en un Centro de Salud allí instalado de Medicina Integrada (1)

La labor era simple: había que organizar equipos compuestos por un siquiatra y un sicólogo, secundados por alumnos de Medicina, con la colaboración de una AS y una enfermera.

Pero la dificultad apareció junto con los primeros casos que consultaron.

Tanto los siquiátras como los sicólogos estaban desorientados a pesar de tener bastante experiencia, o quizá por eso mismo. Les era difícil hacer diagnósticos de personalidad de los enfermos que habían visto. Se planteaban dudas diagnósticas entre debilidad mental, personalidad sicopática o sicosis; los enfermos tenían algo de cada uno de esos cuadros pero no llegaban a configurar ninguno de ellos.

Hicieron consultas con los clínicos pensando que en algunos de los casos una enfermedad orgánica grave había afectado secundariamente el siquismo del enfermo. Pero las dificultades, lejos

(1) USANDIVARAS, René, "Comunicación terapéutica y Clase Social" "Revista Siquiatría Social. Centro Editor de América Latina, 1968

de terminar, sólo comenzaban allí.

Veamos ahora, las conclusiones a las que arribaron:

"Después de plantear el problema de que nuestras técnicas terapéuticas habituales eran inoperantes en los pacientes pertenecientes a la clase baja, analizamos las características de ese grupo social, para comprender porque sucedía esto.

Llegamos a la conclusión de que un código verbal restringido y un estilo expresivo motor, junto con la necesidad de roles definidos y jerarquizados y la ausencia de la identidad personal que es totalmente suplida por la identidad grupal, cambiaban las características del contexto de la comunicación terapéutica operante. De verbal y abstracta debía pasar a ser de acción y concreta.

Hemos mencionado una técnica principalmente educativa, dentro del contexto de una comunidad terapéutica, una técnica de juego realizada en la casa con todo el grupo familiar y dos técnicas bien conocidas pero parcialmente modificadas, el role playing y el grupo de actividad.

En todas el fundamento ~~básico~~ es reemplazar la comunicación verbal dentro de un contexto con roles bien determinados. Todas esas técnicas llevan progresivamente al nivel conceptual y verbal pero de una manera naturalmente coherente con las limitaciones y posibilidades de estos pacientes.

Al mismo tiempo son técnicas mucho más sencillas, más fáciles de aprender y realizables por cualquiera de los profesionales de Salud Mental, desde el asistente social hasta el siquiatra.

Podemos ver ahora otro trabajo similar (1) una experiencia en otro país, donde también se concluye que la variable clase social

(1) SALVADOR MINUCHIN y BRAULIO MONTALVO, "Una aproximación al diagnóstico de la familia de bajo nivel socioeconómico" págs.27 a 33, Centro Editor América Latina. Revista de Siquiátría social

influye sobremanera, en los procesos de diagnóstico y tratamiento.

Es interesante el análisis que hacen de la comunicación y la afectividad dentro de este grupo de familias:

#### La comunicación:

La clave característica de la comunicación entre los miembros de una familia es una atención selectiva a los mensajes de relación, a expensas de los mensajes de contenido.

El contenido rara vez adquiere suficiente independencia de la interacción personal como para convertirse en un mecanismo capaz de resolver problemas interpersonales.

En la mayoría de los casos, la comunicación sirve para expresar y regular las relaciones jerárquicas entre el miembro que habló primero y el que respondió. Otra vez, el lenguaje usado, no como un medio autónomo para el intercambio de información, sino más bien como un instrumento para establecer un crudo sentido de contacto en una posición más alta a una más baja.

#### El afecto:

Como las transacciones entre los miembros de la familia se ajustan a un modelo de "todo o nada", los miembros pueden estar totalmente no comprometidos o pueden relacionarse muy intensamente.

Los cambios de modalidad de una interacción a otra implican rápidos cambios de humor sin transiciones claras ni observables. El intenso compromiso de los miembros de la familia se produce generalmente en función de dos extremos afectivos: la agresión y el cuidado

Hasta aquí, hemos sintetizado algunas de las características

de la modalidad difusa de la comunicación y el afecto de estas familias. Al igual que el anterior trabajo, ofrece las tareas interpersonales, como alternativa reparadora de las interacciones familiares.

Sin querer generalizar lo analizado en estas dos experiencias, creemos que estos estudios deben ser considerados como un intento de aproximarnos a la realidad social más desamparada y necesitada, de una manera más analítica y con una actitud de constante revisión.

De algo estamos seguros, el lenguaje terapéutico debe ser claro y concreto, sin sutilezas o simbolismos, progresivo y sometido permanentemente al proceso de feed back.

Debe pensarse cada palabra antes de emitirla, nos encontramos con un receptor psicosocialmente distinto y tendremos que dejar que él nos enseñe su lenguaje.



USAL  
UNIVERSIDAD  
DEL SALVADOR



#### 1.4. SALUD MENTAL: FANTASIAS Y CREENCIAS.

Cuando decidimos analizar este punto, pensamos en la dificultad de hilvanar todos estos conceptos.

Pero queremos dejar claro, que nuestro propósito es mostrar y descubrir todas esas frases, mitos, fantasías, creencias, que coexisten junto con la locura. Y que a veces, en una fusión burda e imaginaria, la definen y la cuestionan. Creemos que el pensamiento de un hombre resume en sí mismo, todas las etapas de la historia de la humanidad y podemos encontrar así que tal o cual hombre representa por sus conceptos tal o cual etapa de la historia en relación con el tema de la locura.

El miedo a la locura, como todos los grandes miedos, nos paraliza y no nos deja pensar, llegar a una conciencia crítica, y si bien el avance de la ciencia ha permitido la obtención de grandes conocimientos, todavía anteponemos ante nosotros la barrera física del hospital psiquiátrico, como si sólo allí, existiese la locura.

Por eso no es extraño encontrar que un hombre del siglo veinte, piensa acerca de la locura, como un hombre de la época de la Inquisición, por decir un ejemplo...

Una de las creencias de nuestra clase media, es que la locura es hereditaria, pocos son los que hablan del medio patógeno, quizá porque como dice Majastre "La herencia garantiza la heterogeneidad de lo normal y lo patológico. En las discusiones sobre este tema, se alude infaltablemente, al ejemplo de los monstruos. La creencia en la herencia constituye la mejor defensa contra el miedo a la locura" (1)

(1) MAJASTRE, Jean Olivier "La Introducción del cambio en un Hospital Psiquiátrico, pag. 73, Granica Editor, Buenos Aires, 1973.